Berlin, Mittwoch, 31. Mai 1893. No. 43.

Erscheint wöchentlich zweimal Mittwoch und Sonnabend in Verbindung mit der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten".

Abonnements-Preis pro Quartal Mk. 5.—. In Verbindung mit der Monatsschrift pro Quartal Mk. 6.25. Die Monatsschrift allein Mk. 8.— pro Jahr. Alle Buchhandlungen, Postanstalten sowie die Expedition dieser Zeitung nehmen Bestellungen entgegen.

Allgemeine Medicinische Central-Zeitung.

62. Jahrgang.

Redacteur: Dr. H. Lohnstein in BERLIN C.22, Kaiser-Wilhelmstr. 20. Fernsprech-Amt V, No. 1134.

Inserate, die vierspaltige Petitzeile 30 Pf., nehmen die Expedition, sowie sämtliche Annoncen-Bureaux entgegen.

Verleger: Oscar Coblentz in BERLIN W.35, Genthiner-Strasse 32. Fernsprech-Amt VI, No. 3302

Einsendungen und Beiträge werden an die Redaction oder an obengenannte Verlagshandlung erbeten.

Inhaltsübersicht.

I. Wissenschaftliche Mitteilungen.

Ueber den Einfluss der mechanischen Reizung des Halssympathicus auf die Circulationsverhältnisse im Kopfe und speciell in den Retinalgefässen.

Vorläufige Mitteilung

von

Professor G. von Cederschiöld in Baden-Baden.

(Schluss.)

Die physiologische Folge einer Verbesserung der Blutcirculation im Hintergrunde des Auges ist natürlich eine verbesserte Nutrition der Gewebe. Ich brauche mich also nicht darauf einzulassen, über die etwaige Tragweite der Behandlung vorzugreifen. Sie wird sich von selbst ergeben sobald man einsehen wird, daß die Behandlung stichhaltig ist, um so mehr, da es sich hier um angewandte Physiologie mit Berücksichtigung der pathologischen Verhältnisse unter strengster Individualisirung handelt.

Ich bringe diese Mitteilung jetzt schon zur Oeffentlichkeit, trotzdem nur wenig Fälle vorliegen, aus folgenden Gründen:

Wenn die Wirkung der mechanischen Reizung des Halssympathicus auf die Circulationsverhältnisse des Auges von mir auch erst seit Sept. 1892 eingehender beobachtet wurde, so ist doch die Wirkung auf die Regulirung von Circulationsstörungen im Kopfe schon seit zwanzig Jahren erprobt; und da der ophtalmoscopische Befund die praktische Ausführung der Theorie bestätigt hat, so glaubte ich berechtigt zu sein, den Augenärzten die Behandlungsweise nicht ferner vorzuenthalten, da ja die praktische Bedeutung derselben jedem einleuchten muß. Ich habe aber noch einen Grund anzuführen. Um zu ermitteln, ob die mechanische Reizung der peripheren Nervenstämme der Extremitäten eine vasomotorische Wirkung habe, begann ich im Jahre 1882 eine Reihe sphygmographischer Untersuchungen anzustellen, wobei ich mich nach Marey's Buch: „La Circulation du Sang", Paris 1881, gerichtet habe.

Ein Marey'scher Sphygmograph wurde über der Radialarterie befestigt, eine Curve genommen, darauf die drei Hauptnervenstämme des Armes mechanisch gereizt und dann wieder eine Curve genommen. Das Ergebnis war, schematisch, höhere systolische Ascensionslinie, spitzerer oberer Winkel, ausgiebigerer Dicrotismus; also ein sicherer Beweis von der vasomotorischen Wirkung der mechanischen Nervenreizung nach der normalen Seite hin. Ich habe diese Behandlung benützt, teils zur Erleichterung der Herzarbeit bei Herzfehlern, teils zur Förderung der Blutverteilung im Körper bei Hemiplegien nach Apoplexie, bei Rückenmarksleiden, Schwächezustände, Chlorose, in gynaekologischen Fällen u. s. w.

Im Jahre 1880 habe ich in „Upsala Läkareförenings Förhandlingar" einen Aufsatz veröffentlicht unter dem Titel: „Ueber die praktische Bedeutung der mechanischen Nervenreize" und ich machte bei dieser Gelegenheit grade auf die praktische Bedeutung der mechanischen Nervenreize ganz besonders aufmerksam, da der große Wert einer besseren lokalen Blutverteilung gegenüber Blutableitung und Blutentziehung evident ist.

Und somit glaubte ich keinen Verstoß zu machen, wenn ich nicht die Zeit abwartete, bis die specielle Wirkung der Behandlung auf die verschiedenen Augenleiden erwiesen ist, um so mehr, als diese Wirkungen von individuellen Verschiedenheiten abhängig sein müssen.

Die mechanische Reizung des Halssympathicus ist an sich sehr einfach auszuführen, wenn nur gehörige Vorsicht gebraucht und streng individualisirt wird. Einige Uebung gehört freilich dazu. Mit der Spitze des Zeigefingers suche ich die Carotis communis auf, so hoch am Halse wie es bequem geht. Darauf lasse ich die Fingerspitze nach außen gleiten, sodaß sie zwischen Carotis und Vena jugularis interna eindringt, wo der Sympathicus liegt. Ich lasse dann den Finger unter gelindem Druck über den Nerven hin- und hergleiten. Hier mache ich dringend darauf aufmerksam, daß die individuelle Reactionsfähigkeit jedes Menschen verschieden ist und daß es ratsam ist, durch keine anscheinend noch so große physische Kraft des Patienten sich verleiten zu lassen, anders als mit dem allerschwächsten Druck anzufangen um die Wirkung zu prüfen und unangenehme Folgen einer zu starken Reizung zu vermeiden.

Was die Zeitdauer jeder Behandlung betrifft, so rathe ich, dieselbe nie länger als höchstens $^1/_4$ Minute vorzunehmen; häufig, ja in den meisten Fällen ist es genügend, die Reizung nur einige wenige Secunden andauern zu lassen. Die Behandlung ist ein bis zwei Mal täglich vorgenommen worden. Es ist grade ein ganz besonders großer Vorteil der mechanischen Reizung, daß die Wirkung von langer Dauer sein kann.

Häufig sind einige wenige Behandlungen ausreichend gewesen um günstige Erfolge erkennen zu lassen.

Weitere Untersuchungen und Beobachtungen müssen den Wert der Methode und ihre Anwendbarkeit bei verschiedenen Augenaffectionen erproben und hoffe ich, daß die Beschreibung der Manipulation, wie ich sie gegeben habe, die Augenärzte, welche am exactesten zu prüfen in der Lage sind, hierzu anregen möchte.

A. **Peters: Zur Behandlung der Thränenschlauch-Atresie der Neugeborenen.** (Klin. Monatsbl. für Augenheilk.)

Bei vielen Affectionen der Thränenwege der Neugeborenen handelt es sich nach P. nicht um eine Schleimhauterkrankung, sondern um eine Atresie des Thränenschlauches und dadurch bedingte Secretverhaltung. Da dieser Verschluß nach kürzerer oder längerer Zeit spontan verschwindet, so sind zur Heilung Sondirungen nicht notwendig, vielmehr genügt einfaches Ausdrücken des Thränensackes. Sollte man sich nach längerem Bestehen des Leidens zur Sondirung entschließen, so würde dieser Eingriff in vorsichtiger Weise nur ein- oder zweimal zu unternehmen sein, weil dies zur Durchbohrung der die Atresie bedingenden Membran genüge. Wertheim.

Dr. **Gabriel Corin** aus Lüttich: **Ueber die Ursachen des Flüssigbleibens des Blutes bei der Erstickung und anderen Todesarten.** (Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätsw. 3. Folge. V. Bd. 2. Heft. 1893.)

Aus der Untersuchung des Verf.'s ergiebt sich, daß bei der Leiche im Blute Gerinnung eintritt nur insofern, als in demselben schon während des Lebens Ferment vorhanden war, und daß die Ausdehnung der bei der Obduction gefundenen Gerinnsel direct von der Menge des vitalen Fermentgehaltes abhängig ist.

Eine weitere Erzeugung dieses Fermentes nach dem Tode findet nicht mehr statt, wenn auch im Blute die unwirksame Vorstufe desselben besteht.

Die Gegenwart dieser Vorstufe ist aber die Ursache einer weiteren Gerinnung, wenn das Blut früh aus den Gefäßen gelassen wird, und zwar infolge der abspaltenden Wirkung, welche gewisse Blutbestandteile auf diese Vorstufe ausüben.

Später aber entsteht im Blute — und offenbar nicht aus dem Blute, sondern aus den Gefäßwänden — ein Körper, welcher die Eigenschaft hat, die Gerinnung zu hemmen, resp. die Thätigkeit der fermentabspaltenden Substanzen zu unterdrücken.

Dieser Körper ist höchstwahrscheinlich identisch mit dem von Al. Schmidt beschriebenen Cytoglobin und besonders dem in der Leber gefundenen Cytoglobin.

Die Gefäßwände spielen daher bei der Leiche eine doppelte Rolle dem Blute gegenüber: im Anfange nämlich halten sie das Blut flüssig, d. h. verhindern sie eine Fermentproduction, indem sie keine Erregung auf die Leukocyten, die Erzeuger dieses Fermentes, ausüben. Später aber verhindern sie die Gerinnung auch durch eine Absonderung gerinnungshemmender Substanz.

Aus dem Gesagten folgt auch, daß es zwischen dem Blute der Erstickten resp. der plötzlich Gestorbenen und demjenigen der langsam Gestorbenen nur einen relativen Unterschied giebt.

Dieser Unterschied ist durch den verschiedenen Fermentgehalt zu erklären. Aber in keinem Falle entsteht nach dem Tode in den Gefäßhöhlen eine vollkommene Gerinnung, wie es in dem aus dem lebenden Körper gelassenen Blute geschieht. Immer bleibt neben dem Fibrin ein mehr oder weniger beträchtlicher Ueberschuß gelösten Fibrinogens.

Dieses Fibrinogen ist während der ersten Zeiten nach dem Tode noch gerinnungsfähig, wird aber später ungerinnbar und zwar, nicht weil es selbst verändert wird, sondern weil die Fermenterzeugung unmöglich wird.

Zu erwähnen ist, das dieses Flüssigbleiben des Leichenblutes ganz verschieden von dem Flüssigwerden der Leichengerinnsel ist. Falk hat bewiesen, daß dieses Flüssigwerden wesentlich in einer Umwandlung des Fibrins in Glob[illegible] durch Fäulniß besteht.

In practisch gerichtsärztlicher Beziehung ergeben sich aus Verf.'s Versuchen zweierlei Ergebnisse.

Zunächst ein negatives: in Bestätigung früherer Angaben kann auch er der flüssigen Beschaffenheit des Blutes eine Bedeutung für die Diagnose des acuten Erstickungstodes gegenüber anderen acuten Todesarten gesunder Personen nicht einräumen.

In positiver Hinsicht sprechen seine Versuche dafür, daß entsprechend der alten Lehre der geronnenen Beschaffenheit des Blutes in Extravasaten eine gewisse Bedeutung für die vitale Natur der betreffenden Verletzungen zukommt, insofern bei Verletzungen, die erst einige Zeit nach dem Tode erzeugt werden, eine Gerinnung des austretenden Blutes nicht mehr stattfindet.

Welches die Zeitgrenzen sind, bis zu denen auch an der Leiche eine Blutgerinnung eintritt, das wird durch weitere Versuche genauer zu bestimmen sein. Kr.

Dr. **Bröse** (Berlin): **Zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 16, 17, 18.)

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß die Gonococcen die Ursache der Gonorrhoe sind, aber die mikroskopische Untersuchung zur Stellung der Diagnose der Gonorrhoe hat nur geringen Wert, da die Gonococcen in vielen Fällen von Gonorrhoe nicht nachweisbar sind, wahrscheinlich weil sie Involutionsformen annehmen. Nur das Züchtungsverfahren ist eine zuverlässige Methode, um bacteriologisch eine Gonorrhoe nachzuweisen.
2. Es giebt keinen latenten Tripper der Männer, wie Nöggerath und Lawson Tait annahmen, sondern bei sorgfältiger Untersuchung lassen sich immer noch bei Männern, welche inficiren, Veränderungen entzündlicher Art in der Urethra nachweisen.
3. Die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe ist durch die sorgfältige Beobachtung aller klinischen Symptome auch ohne bacteriologische Untersuchung fast immer zu stellen. Ganz besondere Beachtung zur Sicherung der Diagnose verdient außer der Anamnese bei Ehefrauen die sorgfältige Untersuchung des Mannes, ferner die Berücksichtigung der Localisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang. Sehr häufig vorkommend ist die chronische Urethritis und der Katarrh der Lacunen des Harnröhrenwulstes.
4. Die Therapie muß darauf gerichtet sein, bei Verheirateten nicht nur die Frau, sondern auch den Mann gonorrhoefrei zu machen. Ist der Mann unheilbar, so richte man die Behandlung der Frau danach ein.
5. Will man eine Frau gonorrhoefrei machen, so unterziehe man auch die Localisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang und nicht nur den Uterus der Behandlung. Kr.

Dr. **H. Miyake** und Prof. Dr. **F. Scriba** (in Tokio): **Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen Parasiten.** (Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1893.)

M. und S. haben in dem Harn eines seit Jahren an Fibrinurie und Hämaturie leidenden 37 jährigen Mannes aus Katsuura in der Provinz Awa ($^1/_2$ deutsche Meile entfernt von der Küste des stillen Oceans) einen Parasiten gefunden, der bis jetzt nicht beschrieben ist. Die Milbe, welche die Verff. Nephrophagus sanguinarius benannt haben, ähnelt am meisten dem Dermatocoptes communis, hat aber deutliche, dicke Augen. Das Männchen ist $^1/_4$ so lang wie Sarcoptes hominis, das Weibchen im ausgewachsenen Zustande fast ebenso lang, beide aber nur $^1/_3$ so breit. Genaueres werden die Verff. später veröffentlichen. Sie vermuten, daß diese Milbe die Ursache der in vielen tropischen Gegenden und im Süden von Japan vorkommenden Fibrinurie ist. Kr.